

Szczecin, dnia2023 r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a)

zamieszkały (a) w

przy ul.

Tel.

e-mail:

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest udzielanie przez zorganizowany przez Przyjmującego Zamówienie zespół lekarzy i pielęgniarek świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w oddziale Kardiologicznym oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych oddziałów Szpitala i Izby Przyjęć Szpitala, udzielanie świadczeń w Poradni Kardiologicznej Przychodni Specjalistycznej, udzielanie konsultacji przez lekarzy na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

składam ofertę w poniższym zakresie:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Kardiologicznym oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych Oddziałów Szpitala i Izby Przyjęć Szpitala

– wynagrodzenie w wysokości% wartości wypracowanego przez zespół i sprawozdanego do NFZ ryczałtu miesięcznego Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach obowiązującej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;

- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej Przychodni Specjalistycznej

- wynagrodzenie w wysokości% wartości każdego wykonanego, zweryfikowanego i zapłaconego przez NFZ punktu rozliczeniowego określonego dla świadczeń finansowanych odrębnie w systemie PSZ w ramach obowiązującej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;

- 3) udzielanie konsultacji przez lekarza na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

– za każdą poradę/konsultację/badaniezł brutto

(słownie:);

1. Oświadczam, że w/w świadczenia będące przedmiotem konkursu realizował będzie zespół w składzie:

Lekarz Koordynujący – – specjalista w dziedzinie kardiologii,
 Lekarz – – specjalista w dziedzinie kardiologii,
 Lekarz – –
 Lekarz – –
 Pielęgniarka – –
 Pielęgniarka – –

2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej każdego z członków zespołu wskazanego w pkt. 1 w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.
4. Oświadczenia członków zespołu o tym, że nie toczą się wobec nich postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza lub pielęgniarki załączam do niniejszej oferty.

Załącznikami do niniejszej oferty są ponadto następujące dokumenty (kopie):

- a)
- b)
- c)

.....
 /data sporządzenia oferty/

.....
 /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70 - 965 Szczecin. Z Administratorem można się kontaktować na wskazany adres, telefon nr 91 810 58 00 lub e-mail: sekretariat@109szpital.pl.
2. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: iodo@109szpital.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji.
4. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, hosting, obsługę poczty oraz innym podmiotom lub organom publicznym, wyłącznie w przypadkach wskazania właściwej podstawy prawnej. Ponadto Pani/Pana dane udostępniane są zainteresowanym na podstawie właściwych przepisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W przypadku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez 5 lat. Natomiast umowy z przyjmującymi zamówienie wraz z dokumentacją dotyczącą ich realizacji przechowywane będą przez 10 lat. Okres przechowywania liczony jest od 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.

6. Uwzględniając ograniczenia wynikające z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania lub uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Obowiązek podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych wynika z Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konsekwencje niepodania danych wynikają z wymienionych ustaw.